

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)
PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA EN LA EXENCIÓN HCBS
VOLUNTARY HCBS WAIVER PARTICIPATION

NOMBRE DEL CLIENTE (LETRA DE MOLDE)	NÚMERO DDD
<p>Se le está considerando para recibir servicios bajo la exención _____ . Esta exención se autoriza bajo el Título XIX de la Ley del Seguro Social para proveer hogar y cuidado sobre una base comunitaria para individuos elegibles.</p>	
<p>Se me han informado mis alternativas y deseo recibir servicios bajo la Exención HCBS de DDD.</p>	
FIRMA DEL CLIENTE	FECHA
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	FECHA
<p>Se me han informado mis alternativas y deseo recibir servicios institucionales.</p>	
FIRMA DEL CLIENTE	FECHA
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	FECHA

cc: Cliente o representante legal
Expediente del cliente